

Scheffler, Liane

„Krisenbewältigung durch Kommunikation zwischen Sozialarbeiter und Patient
– Krankheit als eine Form von Krise“

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Scheffler, Liane

„Krisenbewältigung durch Kommunikation zwischen Sozialarbeiter und Patient
– Krankheit als eine Form von Krise“

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Prof. Dr. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. Gudrun Ehlert

Bibliographische Beschreibung:

Scheffler, Liane:

Kommunikation als Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. 36 Seiten.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fachbereich Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2011

Kurzreferat

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen Krise und Krankheit und führt ausgehend davon weiter zur Bewältigung der Krebserkrankung eingebettet in der Palliative Care. Durch intensive Recherche in der entsprechenden Fachliteratur werden Modelle zur Krankheitsbewältigung vorgestellt. Den Schwerpunkt bei der zu leistenden Unterstützung der Patienten im klinischen Bereich durch den Sozialarbeiter bildet die Kommunikation in Krisensituationen. Daher wird besonders dieser Aspekt unter verschiedenen Kriterien betrachtet und die Bedeutung der Kommunikation aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 5 |
| 2 | Krise | 7 |
| 2.1 | Krisendefinition und theoretische Konzepte | 7 |
| 2.2 | Phasen einer Krise | 10 |
| 3 | Krankheit als eine Form von Krise | 13 |
| 3.1 | Krankheit | 13 |
| 3.2 | Diagnose Krebs | 14 |
| 4 | Krankheitsbewältigung | 17 |
| 4.1 | Modelle der Krankheitsbewältigung | 18 |
| 4.2 | Krankheitsverarbeitung | 20 |
| 5 | Kommunikation zwischen Sozialarbeiter und Patient als Unterstützung der Krankheitsbewältigung | 24 |
| 5.1 | Besonderheiten der Kommunikation in Krisensituationen | 26 |
| 5.2 | Rolle des Sozialarbeiters im Kommunikationsprozess | 28 |
| 6 | Fazit und Ausblick | 32 |
| | Literaturverzeichnis | 34 |
| | Anhang | 36 |
| Anlage I | Auszug: Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich | |
| Anlage II | Fragebogen „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“ | |

1 Einleitung

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes steigt die Anzahl der Todesfälle durch Krebserkrankungen jedes Jahr kontinuierlich an. Im Jahr 2000 lag die Zahl bei 210.738 Verstorbenen, im Jahr 2005 bei 211.396. Im Jahr 2007 verstarben 211.765 Menschen an einer Krebserkrankung. 2009 erhöhte sich die Zahl wiederum auf 216.128.

Diese Zahlen belegen die Brisanz dieses Krankheitsbildes. Trotz des wissenschaftlichen Fortschritts steigt die Anzahl der Erkrankungen weiter. Dies betrifft Menschen, deren Erkrankung massive Einschnitte für ihr Leben und die Kommunikation mit ihrem sozialen Umfeld zur Folge hat.

Durch meine Tätigkeit im Sozialen Dienst in der Lungenfachklinik Lostau gGmbH arbeite ich jeden Tag mit Menschen, die mit der Diagnose Krebs¹, speziell Lungen- bzw. Bronchialkrebs, umgehen und leben müssen. Mein spezielles Aufgabenfeld liegt hier in der Betreuung und Begleitung von Patienten auf der Palliativstation. Auf der Palliativstation werden Menschen behandelt, gepflegt und betreut, die sich im Endstadium der Krebserkrankung befinden. Eine kurative (heilende) Therapie ist bei diesen Patienten nicht mehr möglich. Zur Verbesserung der verbleibenden Lebenszeit werden begleitende Maßnahmen und Behandlungen durchgeführt. Dazu gehören u.a. auch die psycho-soziale Betreuung der Patienten² und ebenso der Angehörigen. Das Ende des Lebens und der Tod des Patienten ist das entscheidende Thema, mit dem alle Mitglieder aus dem jeweiligen sozialen System wie Familie, Freundeskreis oder Arbeitskollegen, konfrontiert werden.

So stellen sich für mich folgende Fragen: Wie kann ich als Sozialarbeiter³ die Patienten und ihre Angehörigen in tödlich verlaufenden Krankheit stützen? Über welche Kompetenzen sollte der Sozialarbeiter verfügen?

¹ Aufgrund meines Tätigkeitsfeldes beziehe ich mich in der vorliegenden Arbeit auf die Krebserkrankung

² Entgegen der in der Sozialen Arbeit verwendeten Begrifflichkeit des Klienten verwende ich die Bezeichnung Patient, da die Adressaten in der klinischen Sozialarbeit Patienten mit psychosozialen Problemen in Behandlungsprozessen sind.

³ Zur Vereinfachung der Lesbarkeit beschränke ich mich auf die maskulinen Personenbezeichnungen, wenn nicht eine eindeutige geschlechtliche Zuordnung nötig ist.

Diesen Fragen gehe ich in meiner Bachelorarbeit nach und befasse ich mich als Ausgangspunkt im 2. Kapitel mit dem Begriff der Krise und gehe auf die Phasen einer Krise und deren Merkmale ein. Daran anschließend stelle ich im 3. Kapitel verschiedene Krankheitsbegriffe vor und stelle den Bezug zwischen Krankheit und Krise her um dann im Punkt 3.2 darauf einzugehen, welche Reaktionen eine infauste Diagnose bei Betroffenen auslöst. Die psychosozialen Belastungen krebskranker Patienten stehen im 4. Kapitel im Mittelpunkt. Dazu zählen u. a. Strategien zur Krankheitsbewältigung und die Krankheitsverarbeitung. Im 5. Kapitel gehe ich besonders auf die Rolle des Klinischen Sozialarbeiters ein. Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung für den Patienten und seine Angehörigen und die Kompetenzen des Sozialarbeiters bei der Krankheitsbewältigung werden aufgezeigt und begründet.

Im anschließenden Fazit werde ich auf die Stellung des Sozialarbeiters im klinischen Prozess, der Notwendigkeit bei der Unterstützung des Patienten und der daraus resultierende ökonomische Nutzen für die Klinik eingehen.

2 Krise

Fast jeder Mensch kennt den Ausdruck: „Ich krieg eine Krise.“ und hat durch die damit verbundenen Belastungen zumindest eine Ahnung, was eine Krise ausmacht. Eine Krise kann jeden Menschen in jeder Lebensphase treffen. Daher wird in den folgenden Ausführungen auf die Krisendefinition und die Krisenphasen eingegangen.

2.1 Krisendefinition und theoretische Konzepte

Bis heute gilt Caplan als der Vater der modernen Krisentheorie. Er entwickelte in den sechziger Jahren die von Lindemann gefundenen Schock-, Schuld-, Trauer- und Aggressionsreaktionen weiter. Er vertiefte diese Ansätze mit dem Ziel, Hospitalisierungen zu verhüten bzw. zu verringern. Caplan versteht unter einer Krise eine akute Überforderung von gewohnten Verhaltensweisen durch belastende äußere und innere Erlebnisse (vgl. Kunz/Scheuermann/Schürmann 2007, S. 167). Dies bedeutet den Verlust des seelischen Gleichgewichtes, ausgelöst durch nicht zu bewältigende Ereignisse oder Lebensumstände.

Weitere Definitionsversuche des Krisenbegriffes wurden unter anderem unternommen von Ulich (1985) und Ciompi (1993). Ulich engte den Krisenbegriff ein zwischen Stress und Depression. Die Folgen des Veränderungsprozesses sind die Unterbrechung von gewohnten Verhaltensweisen sowie eine Destabilisierung im emotionalen Bereich. Ciompi betonte das überraschende Auftreten der Krise, verbunden mit Verlusten oder Kränkungen, sie erzeugt Angst und Hilflosigkeit und verändert somit die weitere Lebensplanung. Es kommt zu Labilisierungen im psychischen und sozialen Kontext. Gewohnte Verhaltensweisen ändern sich, sie können umschlagen in regressives, suizidales oder aggressives Verhalten (vgl. Kunz/Scheuermann/ Schürmann 2007, S. 167).

Nach Kunz, Scheuermann und Schürmann haben sich in der Spezifizierung von Krisen Unterscheidungen ergeben, die jedoch nicht eindeutig klassifiziert sind.

Folgende Unterscheidungen bzgl. der Krebserkrankung werden von den Betroffenen durchlebt:

Die traumatische Krise: Der Patient erlebt die Krebserkrankung als seelisch einschneidendes Erlebnis. Die Krankheit übersteigt die psychischen Belastungsgrenzen des Patienten.

Die Verlustkrise: Die lebensbedrohliche Krankheit Krebs wird erlebt als Verlust der Gesundheit und Unversehrtheit.

Die Lebensveränderungskrise: Das Leben des Patienten hat sich mit der Krebserkrankung verändert. Die Zukunft ist schwer einschätzbar; Arbeitsplatzverlust und existentielle Ängste werden als bedrohende Belastung erlebt.

Pauls differenziert je nach Anlass der Krise in traumatische Krise und Veränderungskrise. Die traumatische Krise wird meist überraschend ausgelöst durch unvorhergesehene Schicksalsschläge wie der Verlust einer Person oder der Arbeitsplatzverlust. Die Veränderungskrise zeichnet sich aus durch eine längere Entwicklung, in der sich Veränderungen vollziehen (vgl. Pauls 2004, S. 336).

Eindeutige Aussagen bestehen bei den Erscheinungsformen einer Krise. Hier wird unterschieden in die psychische und somatische Symptomatik.

Bei der psychischen Symptomatik können auftreten:

- erhöhte Spannung, Aufregung
- Unsicherheit, Ängstlichkeit
- Aggressivität oder Depressivität
- Inadäquates Verhalten
- Halluzinationen
- Wahnhaftige Projektionen

Die somatische Symptomatik kann umfassen:

- Dyspnoe, Asthma
- Störungen im Herz-Kreislauf-System
- Störungen im Verdauungssystem
- Dermatologische Störungen
- Neurologische Störungen
- Infektionsbereitschaft

Welche dieser Symptomatiken bei der betroffenen Person auftreten, ist individuell unterschiedlich und hängt von subjektiven und konstitutionellen Faktoren ab (vgl. Schnyder/ Sauvant 1993, S 17).

Nicht immer kann einer jeweiligen Krise ein bestimmtes Handlungsmuster oder eine Interventionsform zugeordnet werden, es gibt jedoch Ähnlichkeiten. Jeder Mensch und sein individuelles Bezugssystem hat seine subjektive Wahrnehmung. Diese ist abhängig von Faktoren wie biographische Bezüge, Lebenslage, Ressourcen oder Bewältigungsmöglichkeiten. Durch diese Vielschichtigkeit des Phänomens Krise gibt es auch keine wissenschaftlich verbindliche Krisentheorie, sondern es ergeben sich theoretische Bezüge zum Verständnis von Krisen. Zur Erläuterung bzgl. der Krebserkrankung wird das Konzept von Filipp genutzt:

Das Konzept der Kritischen Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse sind neben der lebensbedrohenden Krankheit z. B. Behinderung, Trennung, Scheidung. Es sind Erfahrungen und Ereignisse, die als starke Belastung empfunden werden. Sie können als Einschnitte oder Übergänge gewertet werden und verlangen enorme Anpassungsleistungen. Menschen erleben die Diagnose Krebs wie einen Schock, Zukunftsängste stellen sich ein, Depressionen können auftreten, das Stigma des Sterbenmüssens steht im Vordergrund. Die „Welt“ des Betroffenen ist aus den Fugen geraten.

Ein weiteres Konzept stammt aus der Resilienzforschung:

Das Salutogenesekonzept

Die Ressourcenperspektive ist eingebunden in die Gesundheitswissenschaften und die Entwicklungspsychologie. Sie beschäftigt sich mit der Bedeutung von Ressourcen für Gesundheit und Wohlbefinden. Der israelische Gesundheitsforscher A. Antonovsky (1997) vollzog eine Blickwendung von krankmachenden („pathogenen“) Bedingungen und Risiken hin zu gesundheitsförderlichen und -stabilisierenden, von ihm so benannten „salutogenen“, Faktoren. Dieses salutogenetische Modell stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt, welche ein Mensch mobilisieren kann, um mit Belastungen umgehen zu können, ohne dabei krank zu werden. Dieses Phänomen der psychischen Widerstandskraft (Resilienz) wird erklärt durch sein Konstrukt des Kohärenzgefühls (sense of coherence). Dabei ist das Kohärenzgefühl kein affektives Gefühl, sondern ein Einstellungsmuster, entwickelt aus gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen (vgl. Jork/Peseschkian 2003, S. 18).

Ressourcen sind daher Mittel zur Bewältigung einer Krise. Diese zeichnen sich besonders dadurch aus, dass sie in der subjektiven Lebensgestaltung geschätzt werden. Eine erfolgreiche Verarbeitung einer Krise erfordert geeignete Bewältigungsstrategien, die sich die Person aus ihren Ressourcen zieht. Unterteilt werden Ressourcen in personale und Umweltressourcen (sozialer Status, Finanzen). Für den Krebskranken bedeutet die Familie und sein weiteres soziales Umfeld (Freunde, Arbeitskollegen) eine wichtige Ressource, auf die er zurückgreifen kann, die ihn unterstützt.

Einig sind sich die Wissenschaftler darin, dass Krisen auch immer Wendepunkte in sich bergen: sie können gleichzeitig Gefahr darstellen und auch Chance und Neuorientierung sein.

2.2 Phasen einer Krise

Die Gesundheit ist in der Auffassung der Menschen das höchste Gut. Daher stellen Krankheiten, zumeist chronische Erkrankungen, eine Bedrohung dar, welche als Krise empfunden werden. Besonders häufig treten sie bei Diagnoseeröffnun-

gen auf, bei Verschlimmerungen des Gesundheitszustandes oder bei Rückfällen, zum Beispiel bei progredienten Krebsdiagnosen (vgl. Kunz/Scheuermann/Schürmann 2007, S. 151). In der Fachliteratur wird der Ablauf einer Krise in verschiedene Phasen unterteilt. Ich beziehe mich auf die Einteilung von Cullberg (1978).

Anlass der Krise (z.B. Diagnosestellung)

| | | |
|----------|-----------------|--|
| 1.Phase: | Schock | das Ereignis kann nicht erfasst werden, Betäubungsgefühle, ziellose Aktivität, inneres Chaos |
| 2.Phase: | Reaktion | Konfrontation mit der Realität, Abwehrversuche, starke Gefühlsregungen |
| 3.Phase: | Bearbeitung | Anerkennung des Ereignisses, |
| 4.Phase: | Neuorientierung | Annahme von Bewältigungsmöglichkeiten, neuer Lebensmut, Stärkung des Selbstwertgefühls |

Diese Einteilung ist sehr vereinfachend dargestellt. Die tatsächlichen Abläufe können sehr viel komplexer sein. Es werden nicht immer alle Phasen durchlaufen und es können auch Rückfälle in eine bereits durchlaufene Phase auftreten. Bei ungünstigen Umständen besteht auch die Gefahr einer Chronifizierung.

Der Krebskranke ist in der Krise psychosozialen Belastungen ausgesetzt, bisherige Reaktionsmuster funktionieren nicht mehr und es kommt zu folgenden charakteristischen Merkmalen in einer Krise:

| Merkmal | Auswirkungen |
|-------------------------------------|--|
| Verlust des inneren Gleichgewichtes | Umgang mit der momentanen Lebenssituation ist nicht mehr gewährleistet |
| Überforderung | Gefühl von Bedrohung |
| Handlungsunfähigkeit | Einengung, Lähmung der gesamten Energie, keine Kraft zum Handeln |
| Angst | Angst als ständiges Gefühl |
| Druck | Leidensdruck, nimmt Energie, Wunsch nach Entspannung |

Tabelle 2.2 Merkmale und Auswirkungen in einer Krise

Diese Gefühle sind zeitlich begrenzt, können aber auch zum ständigen Begleiter in mehr oder weniger starker Form der betroffenen Person werden.

3. Krankheit als eine Form von Krise

Eine Krankheit, insbesondere eine chronische Krankheit mit ihren körperlichen, seelischen und sozialen Dimensionen und ihren gesellschaftlichen und ökonomischen Auswirkungen ist für die Menschen ein gefürchteter Krisenfall. Die Krebserkrankung gilt heute als die meistgefürchtetste Krankheit (vgl. Hahn 1981, S. 1). Daher bewirkt diese Diagnose bei den Betroffenen, dass es zu den bereits erwähnten Belastungen und deren Auswirkungen kommen kann.

3.1 Krankheit

Eine der tiefgründigsten Erklärungen der Krankheit beschreibt Antonovsky in seinem Zitat:

„Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir bis zu einem gewissen Grad gesund.“

Aaron Antonovsky
(Pauls 2004, S.76)

Für den Begriff der Krankheit gibt es viele Erklärungen, die üblicherweise verwendet werden. Sie stehen jedoch immer im Zusammenhang mit der Gesundheit. Nach Pauls ist ein Mensch nicht allgemein krank, sondern er leidet unter bestimmten Beschwerden, Symptomen oder Behinderungen. Diese werden einer bestimmten Krankheit zugeordnet, aber nie zu einem allgemeinen Krankheitsbegriff zusammengefasst. Der Krankheitsbegriff dient dabei der Politik und der Rechtssprechung zur sozialen Kontrolle im Gesundheitswesen und der Krankenversorgung (vgl. Pauls 2004, S. 76f). Dies ergibt sich auch aus der Definition des Krankheitsbegriffs im Medizin-Lexikon. Hier wird ausgeführt unter Krankheit: „subjektives u./oder objektives Bestehen körperlicher u./oder geistig-seelischer Störungen bzw. Veränderungen (vgl. Gesundheit). Im Arbeitsrecht u. in der Sozialversicherung der regelwidrige Verlauf leiblicher, seelischer oder geistiger Lebensvorgänge, der Krankenpflege notwendig macht u. Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben kann...“ (Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer 1998, S. 951). So stellt sich die Frage, wie Krankheit und Gesundheit überhaupt definiert wer-

den. Nach Pauls definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff Gesundheit „als einen Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden, nicht allein als Abwesenheit von Krankheit.“ (Pauls 2004, S. 77). Hier wird durch die soziale Komponente darauf hingewiesen, dass Gesundheit und Krankheit somit mehr bedeuten als nur das Funktionieren des Organismus. Engel formulierte in den 1970er Jahren ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell mit dem Kerngedanken, dass die biologischen, die psychischen und die sozialen Faktoren für die Entstehung, Verlauf und Heilung von Krankheiten verantwortlich sind. Neben den anderen Krankheitsmodellen, dem Psychoanalytisches/psychosomatisches Modell und dem Verhaltenstheoretisches Modell erklärt das Biopsychosoziales Modell am umfassendsten die Situation, in der sich der betroffene Patient befindet. Der Grundgedanke dieses Modells besteht darin, dass alle drei Bedingungen, also die biologisch-organische, die psychische und die soziale Komponente, in sich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Komponenten und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen (vgl. Pauls 2004, S. 86). Für den Betroffenen bedeutet die Krebserkrankung einen Eingriff in seine biologisch-organische Komponente. Die Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung mit all ihren Auswirkungen bestimmen die psychische Komponente. Die soziale Komponente wird beeinflusst durch die Familienstruktur des Betroffenen, durch Freunde und sein soziales Umfeld. Eine lebensbedrohende Krankheit wie der Lungenkrebs beeinflusst somit das weitere Leben des Betroffenen und seines Umfeldes in allen Bereichen.

3.2 Diagnose Krebs

Krebs ist die Erkrankung, die nicht anklopft, bevor sie eintritt (vgl. Hahn 1981, Vorwort). Trotz aller Erkenntnisse in Wissenschaft, Forschung und Technik ist Krebs wie schon angeführt die meistgefürchtetste Erkrankung. Auch die Fortschritte in der Tumorthherapie lassen nicht vergessen, dass eine völlige Heilung selten zu erwarten ist. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Krebserkrankung die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Im Jahr 2009 starben nach dem Statistischen Bundesamt in Deutschland 88.466 Menschen an Erkan-

kungen der Lunge bzw. der Bronchien, davon 42.221 Menschen an malignen Erkrankungen des Lungen- und Bronchialsystems.

Krebs bezeichnet in der Medizin einen bösartigen (malignen) Tumor. Es sind derzeit ungefähr 100 verschiedene Krebserkrankungen bekannt, die jedoch unterschiedlich sind in Krankheitsverlauf, Überlebenschance, Behandlungsmöglichkeiten und Neigung zur Metastasenbildung (vgl. Vögele 2008, S. 77).

Das Krankheitsgefühl entsteht bei den meisten Menschen durch Unwohlsein, Luftnot oder Schmerzen. Bei vielen Krebskranken treten diese Symptome in einem Stadium auf, in welchem eine Heilung kaum mehr möglich ist. Werden die Betroffenen dann mit dieser Diagnose Krebs konfrontiert, wirkt sie als eine der einschneidendsten Informationen des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes. Mit der Diagnosemitteilung stellt sich die Betroffenheit durch dieses unfassbare Ereignis mit allen emotionalen Begleiterscheinungen ein: Schrecken, Angst, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit. Die Diagnosemitteilung ist wie eine Zäsur im Krankheitsverlauf: jetzt hat die Krankheit einen Namen. Das Schlimmste, das vermutet wurde, ist eingetreten. Die Angst wird ab der Diagnosestellung ein Wegbegleiter durch die Krankheit sein. Faller unterscheidet nach empirischen Befragungen Krebskranker Angstgefühle in mehrere Kategorien ein:

- Todesangst
- Verletzungsangst
- Trennungsangst
- Schuldangst
- Schamangst
- Diffuse Angst

Wie präsent die Angst ist wird bestätigt durch die Psychologieprofessorin A.-M. Tausch. Selbst an den Folgen einer Krebserkrankung verstorben, hat sie in ihrem Buch „Gespräche gegen die Angst“ Eindrücke und Emotionen Krebskranker zusammengetragen. Sie zeigt auf, welchen enormen Einfluss die Erkrankung auf das Leben der Betroffenen und ihres Umfeldes hat. „Der Name Krebs als solcher sagt mir, daß mich irgend etwas langsam zerfrißt. Ich denke: Jetzt zerfrißt dich der Krebs. Aber du weißt nicht, wie lange ... wann... was noch kommt, und irgend

etwas geht im Körper vor. Das sitzt da irgendwo und breitet sich aus.“(Tausch 1987, S. 14). Die Angst vor einer Krebserkrankung tragen selbst gesunde Menschen in sich. Aufgrund der vielfältigen Informationsmöglichkeiten wie Zeitschriften, Fernsehen oder andere Medien sind die Menschen heute über Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten und Prognosen aufgeklärter. Viele Menschen haben in ihrem familiären oder sozialen Umfeld Personen, die an Krebs erkrankt sind und erleben den Verlauf und die emotionale Belastung mit. Tausch stellt hier die Frage: „Wie können Betroffene mit der Angst fertig werden, wenn es schon so vielen gesunden Menschen schwerfällt, sich nicht von ihr überwältigen zu lassen?“(Tausch 1987, S. 13).

Mit der Diagnosestellung beginnen Prozesse der psychischen Verarbeitung und bewussten Auseinandersetzung und unbewussten Abwehr- und Verleugnungsprozessen.

4 Krankheitsbewältigung

Mit der Diagnose Krebs sind die Betroffenen schweren psychosozialen Belastungen ausgesetzt (vgl. Faller 1998, S.25 ff). Viele Krebskranke fassen die Diagnose Krebs als ein Todesurteil auf. Für sie ist das Sterben-Müssen plötzlich zur Realität geworden und stellt eine akute Überforderung und den momentanen Verlust des seelischen Gleichgewichtes dar. Die Todesangst bleibt für die Betroffenen weiter präsent, auch wenn es bei günstiger Prognose zu einer Heilung kommt: „Die Angst, daß wieder etwas entdeckt wird, die habe ich jedesmal wieder. Weltuntergangsstimmung ist das vor jeder Nachsorgeuntersuchung. Es ist die reinste Todesangst.“ (Tausch 1987, S. 13, zit. n. Katrin). Die Betroffenen erleben eine traumatische Krise. Körperliche Beschwerden, Schmerzen, Gewichtsverlust, Operationen, eventuelle Amputationen sind Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit. Die Abhängigkeit von Anderen (Ärzte, Pflegepersonal, Familie) wird als Verlust der Autonomie empfunden. Je nach der Persönlichkeit und dem Autonomiebedürfnis des Betroffenen kann es dadurch zu einem nicht ertragbaren Zustand kommen. Persönliche Ziele und Lebensplanungen müssen aufgeschoben oder gar ganz aufgehoben werden. Verzicht und Trauer werden ebenso empfunden wie Wut und Auflehnung. Unsicherheit bezüglich des Umgangs mit dem Betroffenen aus der Sicht seines sozialen Umfeldes oder Befangenheit können zum Rückzug von Angehörigen oder Freunden führen und werden vom Betroffenen als Isolation empfunden. Aber auch umgekehrt ziehen sich Patienten zurück, wenn man ihnen die Erkrankung ansehen kann (Verlust der Haare). Existentielle Ängste bezüglich der eigenen und familiären Versorgung, Verlust der sozialen Rolle in Familie und Beruf können zur Verletzung des Selbstwertgefühles führen.

Diese schweren körperlichen und seelischen Belastungen, denen der Krebskranke ausgesetzt ist, können Depressionen auslösen. Sie ist die häufigste psychische Störung bei Krebspatienten (vgl. Faller 1998 S. 28). Nach Aussagen verschiedener Studien erscheint es realistisch, dass Depressionen bei ungefähr 25 % der Krebskranken vorkommen (vgl. Faller 1998, S. 31). „Dieses Grau in Grau, wenn mich der Gedanke überfällt: Du hast Krebs. Ich erlebe so selten, daß ich mal fröhlich aufwache, mich auf den Tag freue. Ich muß richtig kämpfen, um den Tag zu beginnen. Ich wache mit dem Gefühl der Schwere und des Kammers auf.“ (Tausch

1987, S. 20). Viele Krebspatienten leben in dem Zustand der Zukunftslosigkeit, sie leben auf Zeit.

4.1 Modelle der Krankheitsbewältigung

Die Krankheitsbewältigung (Coping) verfolgt das Ziel, einen verlorengegangenen Zustand inneren Gleichgewichts wiederherzustellen und mit einem Problem oder einer Schädigung fertig zu werden. „Krise und Coping waren schon immer ein Zwillingsspaar.“ (Snyder/Sauvant 1993, S. 27) Nach Heim (1991) bleibt menschliches Verhalten in der Krise, unabhängig vom Krisenanlass, grundsätzlich ähnlich. Schwere Ereignisse als primäre Stressoren lösen sekundäre Stressoren oder Krisen aus. Jede Belastung muss in irgendeiner Art bewältigt werden. Man kann nicht nicht bewältigen (vgl. Snyder/Sauvant 1993, S. 28). Der Begriff Coping kommt aus dem englischen Sprachgebrauch und bedeutet: bewältigen, mit etwas fertig werden. Coping stammt aus der Stressforschung. Seyle (1956) stellte fest, dass Stressfolgen nicht nur abhängig sind von Qualität und Intensität des Stressors (belastendes Ereignis), sondern auch, wie der Mensch sich mit dem Stressor auseinandersetzt. Er hat also die Möglichkeit zum Handeln. Das bekannteste Stressmodell stammt von dem amerikanischen Stressforscher Richard S. Lazarus. Er charakterisiert die Auseinandersetzung zwischen einer Person und der Belastungssituation als ein Kräftegleichgewicht zwischen den Anforderungen der Situation und den Fähigkeiten der Person. Stress entsteht dann, wenn die Anforderungen die Fähigkeiten der Person übersteigen. Dann setzt die Person Bewältigungsstrategien ein. (Das originale Stressmodell von Lazarus ist nachzulesen in der Originalausgabe „Emotionen und Adaption“, New York OxfordUniversity, Press 1991, S. 210.)



Abb. 4.1 Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984): Quelle: www.institut-avm.at/ratgeber_avm/MSErklaerung.htm

Im Verlauf des Bewältigungsprozesses kommt es laufend zu Neubewertungen der Situation und dadurch zu Veränderungen der Bewältigungsweisen. Copingprozesse umfassen: Informationssuche, Spannungsabbau, Sinngebung. Sie wirken im Zusammenhang mit den Abwehrvorgängen.

Unbewusste Handlungen, die den Zweck haben, belastende Emotionen abzumildern, werden als Abwehrvorgänge bezeichnet. Sie dienen zur Verringerung von Angst und weiteren Gefühlen wie Schmerz, Kränkung, Scham und Schuld. Abwehrvorgänge sind wichtig, um das seelische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten (vgl. Faller 1998, S. 36). Abwehrmechanismen können sein: Verleugnung, Isolierung, Rationalisierung, Projektion, Regression. Dabei sollte beachtet werden, dass Abwehrvorgänge zeitweise hilfreich sind, dauerhaft jedoch lähmen sie die konstruktive Auseinandersetzung mit dem Problem als Herausforderung.

Faller hat beide Konzepte wie folgt gegenübergestellt:

| | Abwehr | Coping |
|----------|--|---|
| Herkunft | aus der Psychoanalyse | aus der Stressforschung |
| Ziel | bedrohliche Gefühle sollen unbewusst bleiben | Realitätsbewältigung |
| | sichert die Funktionsfähigkeit des Ich | Sichert die Realitätsanpassung des Menschen |
| | erfolgt unbewusst | erfolgt meist bewusst |

Tabelle 4.1 Gegenüberstellung von Coping und Abwehr

Diese Abwehrvorgänge einerseits und die Auseinandersetzung mit der Krankheit greifen bei der seelischen Krankheitsbewältigung ineinander. Die Krebserkrankung ist eine traumatische Bedrohung für den Betroffenen, ein Ereignis, dass die alltäglichen Bewältigungsroutrinen außer Kraft setzt. Hier kommt es zu einer Reaktion, in der die Verleugnungsprozesse angewendet werden. Sie fungieren als Schutzfunktion, um durch Emotionen nicht gelähmt oder handlungsunfähig zu werden. Die Abwehr ermöglicht, wenn sie nur kurzfristig und als Notfallreaktion eingesetzt wird, ein je nach Situation ein angemessenes Copin (vgl. Faller 1998, S. 37).

4.2 Krankheitsverarbeitung

Die Krankheitsverarbeitung stellt ein Teilgebiet des allgemeinen Bewältigungsverhaltens (Coping) dar. Es bedeutet, das Bemühen des Betroffenen, die auf ihn einwirkenden Belastungen zu verarbeiten und zu reduzieren. Die Krankheitsverarbeitung ist ein ständiger Prozess. Nicht alle Belastungen können sofort verarbeitet werden. Bei Fortschreiten der Krankheit oder Rezidiven treten Belastungen wie Angstgefühle oder Depressionen wiederholt auf und werden wieder neu erlebt. Beispielhaft könnte dieser Prozess folgendermassen verlaufen: Ein Patient erhält die Diagnose Krebs, die für ihn eine existentielle Bedrohung, wie z. B. die Angst

vor dem Sterben, darstellt, eine Krise mit all ihren Auswirkungen auf ihn und sein soziales Umfeld. Der Patient erhält Unterstützung durch seine Angehörigen, Ärzte und Sozialarbeiter. Aus medizinischer Sicht wird dem Patienten zu einer Resektion (Entfernung) des betroffenen Lungenflügels geraten. Der Patient hat die Hoffnung, dass mit der Operation der Krebs entfernt wird. Nach der Operation erholt sich der Patient gut, er wird in die Häuslichkeit entlassen und als Nachsorge wird ihm eine Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationsklinik bewilligt. Bei einer Kontrolluntersuchung, die nach einem gewissen zeitlichen Abstand erfolgt, wird ein erneuter Krebsbefund diagnostiziert. Alle Ängste und Belastungen sind schlagartig wieder präsent und wirken auf den Patienten ein. Dieser Ablauf ist sehr vereinfacht und sachlich dargestellt. Dennoch kann erahnt werden, was der Patient und sein Umfeld durchmachen.

Krebskranke durchlaufen bei der Krankheitsverarbeitung bestimmte Phasen, die identisch sind mit denen, welche E. Kübler-Ross in ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ beschreibt. Diese Phasen werden wie folgt beschrieben:

1. Phase – Nichtwahrhabenwollen und Isolierung

Die Patienten sind nicht in der Lage, die Diagnose erfassen und annehmen zu können. Sie möchten nicht darüber reden, suchen nach Ausflüchten oder verweigern sogar Behandlungen. Meist hält diese Phase jedoch nicht sehr lange an.

2. Phase - Zorn

Zorn, Groll, Neid und Wut sind die vorherrschenden Emotionen. Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte werden mit diesen Gefühlen konfrontiert. Die Frage nach dem „Warum ich?“ stellt sich immer wieder.

3. Phase - Verhandeln

Das Unvermeidliche wird akzeptiert, soll aber hinausgeschoben werden.

4.Phase - Depression

Die Krankheit, daraus resultierende Behandlungen, Kosten, Arbeitsplatzverlust verursachen schon Depressionen. Hinzu kommt dann noch die Unheilbarkeit der Krankheit und somit das Ende der Lebenszeit.

5.Phase - Zustimmung

Der Patient hört auf, gegen das Unvermeidliche zu kämpfen, er hat es angenommen.

Empirisch ist nicht bewiesen, dass diese Phasen der Krankheitsverarbeitung, welche auch als Trauerprozess aufgefasst werden können, in dieser Reihenfolge durchschritten werden. Man kann auch von einer bereits durchlaufenden Phase wieder zurückfallen. Je nach körperlicher und seelischer Befindlichkeit des Patienten ist auch ein kreisender Prozess möglich. Die seelische Bewältigung dieser Phasen ist abhängig von drei Faktoren:

1. Von den individuellen Wesenseigenschaften, die charakterlich und lebensgeschichtlich geworden und weltanschaulich eingebunden sind. 2. Von der sozialen Lage und den zwischenmenschlichen Beziehungen zum Erkrankungszeitpunkt. 3. Von der Erkrankung selbst, durch sie verursachte körperlichen Beschwerden, Funktionseinschränkungen sowie Verletzungen mit ihren seelisch-sozialen Verletzungen (vgl. Hahn 1981, S. 23). Tausch bestätigt dies in ihrem Buch: „Gespräche gegen die Angst“. Sie berichtet über die Erfahrungen, die eine psychologische Helferin in den Gruppenstunden sammelte: „Jeder reagiert unterschiedlich auf die Krankheit. An der Art und Weise, wie der Erkrankte mit ihr umgeht, lässt sich zumeist erkennen, wie er vorher gelebt hat, was für ihn wichtig und bedeutsam war.“ (Tausch 1987, S. 17).

Zwei weiteren Faktoren, denen bei der Krankheitsverarbeitung eine wesentliche Bedeutung zukommt, sind die organische Komponente und die Behandlungskomponente. Sie sind psychosoziale Belastungen, die Auswirkungen haben in der körperlichen Integrität, Sozialen Isolierung und Stigmatisierung (vgl. Hahn 1981, S. 23ff). Bei der organischen Komponente ist bedeutsam, welches Organ oder Organsystem befallen ist. Innere Organe, bei denen die Krebserkrankung häufig rela-

tiv spät festgestellt wird, sind für den Patienten nicht in dem Maße belastend wie Erkrankungen an zugänglicheren, sichtbaren Lokalisationen. Wesentlich komplizierter wird die Situation von Patienten empfunden, bei denen die Krankheit einen körperlich wichtigen geschlechtlichen Stellenwert hat, wie zum Beispiel im Genitalbereich, die weibliche Brust, das Gesicht und die Stimme. Die Sätze: „Man kann sagen, man ist ein Krüppel.“ (Tausch 1987, S. 15) oder „Das war doch mein ganzer Stolz.“ (Tausch 1987, S. 19) belegen, welchen psychosozialen Belastungen Patienten unterliegen. Nach einer Operation oder Amputation fühlen sich beinahe alle Krebspatienten gehandikapt, in ihrer Bewegungsfähigkeit und ihrer sozialen Funktionstüchtigkeit eingeschränkt. Viel stärker leiden sie jedoch unter dem Verlust des Eigenwertes, der Persönlichkeit. Auch in der Behandlungskomponente spiegeln sich die emotionalen Belastungen wieder. Jede Art der Behandlung, die Operation, die Bestrahlung und die antineoplastische Chemotherapie, hat Einfluss auf die seelische Stabilität der Betroffenen. Diese sind verschiedenen Ängsten ausgesetzt, wie zum Beispiel: Wache ich nach der Narkose wieder auf? Kann ich mit einer Lunge noch alles machen? Wie gehe ich mit einem Tracheostoma um? Wie sehe ich ohne Haare aus? Diese Ängste können sich manifestieren und damit erdrückend wirken. Und die Reaktion des sozialen Umfeldes des Patienten beeinflusst sein weiteres Verhalten, bestimmt seine psychosozialen Belastungen. Der Patient ist daher nicht allein für seine Krankheitsverarbeitung verantwortlich. Darauf soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

5 Kommunikation zwischen Sozialarbeiter und Patient als Unterstützung der Krisenbewältigung

In dem vom Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren im Jahr 2008 eingeführten Nationalen Krebsplan wird u.a. im 4. Abschnitt auf die Stärkung der Patientenorientierung und insbesondere auf die Notwendigkeit der Kommunikation mit den Patienten hingewiesen. Eine groß angelegte Patientenbefragung des Nachrichtenmagazins FOCUS im Jahr 2008, welche im Rahmen einer mehrteiligen Serie zum Thema Krebs durchgeführt wurde, bestätigte, dass Krebspatienten mehr psychologische Unterstützung wünschen und benötigen. So ist in der folgenden ersten Darstellung aufgezeigt, dass die Befragten die größten Defizite in der psychologischen Betreuung angaben. In der zweiten Darstellung ist ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Befragten bei der Diagnoseübermittlung psychologische Unterstützung benötigt hätte.



Abb. 5 Auszug Patientenbefragung Focus I (2008): Quelle:

http://www.krebsgesellschaft.de/lk_befragung_focus_psyche_2008,102684.html



Abb. 5 Auszug Patientenbefragung Focus II (2008): Quelle:

http://www.krebsgesellschaft.de/lk_befragung_focus_psyche_2008,102684.html

Um eine gelingende Kommunikation aufbauen zu können, sind Voraussetzungen wichtig, von denen nur einige angeführt werden sollen:

- Die Zusammenarbeit zwischen medizinischen und psychosozialen Berufsgruppen sollte geklärt sein, da oft ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz erwartet wird bei gleichzeitiger Ablehnung oder eingeschränkter Wertschätzung des biopsychosozialen Denkmodells (vgl. Härter/Koch 2000, S. 134).
- Häufig stößt der Sozialarbeiter unter den veränderten Rahmenbedingungen durch das Abrechnungssystem (DRG) an vorgegebene Grenzen. Durch die Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus hat der Sozialarbeiter oft nicht die Zeit, die er benötigt, um die patientenorientierte Betreuung zu leisten. Sozialarbeit stellt den Patienten in den Mittelpunkt, kann dies aber immer weniger verwirklichen (vgl. Gödecker-Geenen/Nau/Weis 2003, S. 15). Daher kommt es nicht selten zu einer beruflichen Unzufriedenheit, da die bedeutsame psychosoziale Begleitung der Krebspatienten nur teilweise erbracht werden kann (vgl. Viefhues/Nülens / Kersken-Nülens, S. 116). Dabei könnte die Sozialarbeit ein wichtiger Wettbewerbsfaktor hinsichtlich einer sozial orientierten Einrichtung sein. Daher sollte der Arbeit des Sozialarbeiters keine zusätzlichen zeitlichen Grenzen gesetzt werden.

- Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation sind die feste Zuständigkeit, Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit des Sozialarbeiters. So zeigt die Teilnahme an Visiten dem Patienten, dass der Sozialarbeiter fest im Behandlungsprozess involviert ist und erleichtert die weitere psychosoziale Begleitung (vgl. Härter/Koch 2000, S. 134).

Besonders Palliativpatienten benötigen intensive Betreuung. Das Hauptziel ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen. Die WHO definiert Palliativmedizin wie folgt: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Klaschik 2010, S. 1). Palliativmedizin ist die Arbeit in einem interdisziplinären und multidisziplinären Team, das bedeutet, Ärzte mit Zusatzausbildung in der Palliativmedizin, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen und Seelsorger. In der Palliativmedizin wird der Kommunikation eine große Bedeutung zugemessen durch die existenzielle Bedrohung des Patienten und die Unausweichlichkeit physischer, psychischer und sozialer Verluste. Auf diese Notwendigkeit der Kommunikation wird im folgenden Punkt eingegangen.

5.1 Besonderheiten der Kommunikation in Krisensituationen

Die Krebspatienten haben ein großes Bedürfnis nach Kommunikation und nach Orientierungsmöglichkeiten bezüglich ihrer Situation (vgl. Uexküll 1986, S. 1205). Empirische Studien von Sozialwissenschaftlern haben die Diskrepanz zwischen dem Kommunikationsbedürfnis der Patienten und dem zu geringen Kommunikationsangebot von Ärzten nachgewiesen (vgl. Uexküll 1986, S. 1205). Nach Hartmann (1976) führt dieses Kommunikationsdefizit häufig zu einem Deprivationssyndrom, auch „psychischer Hospitalismus“ genannt. Wird dieses Bedürfnis an Kommunikation übergangen, fühlen sich die Patienten abgelehnt, missachtet,

erniedrigt. Sie ziehen sich zurück, depressive Gefühle vermischen sich mit aggressiven Regungen gegen Ärzte und Pflegepersonal. Aufgrund der Abhängigkeit von diesen Personen kann ein Zustand „feindseliger Abhängigkeit“ entstehen (vgl. Uexküll 1986, S. 1205). Im Kontext der Krisensituation, also der lebensbedrohenden Krankheit mit dem Endpunkt des Sterbens geht es immer um das Innerste, Persönlichste. Es geht um Fassbares, wie zum Beispiel das veränderte Aussehen und um Unfassbares, beklemmende Gefühle, Ahnungen. Gesagtes kann für Betroffene anders klingen, anders interpretiert werden als es vom Anderen gemeint war. Unausgesprochenes wiegt schwer und fördert furchterregende Vorstellungen.

Jedoch ist nicht nur die verbale Kommunikation von großer Bedeutung. Die Patienten sind sehr sensibilisiert und achten auf Verhalten, Veränderungen im Ausdruck oder andere nonverbale Reaktionen. Sie erkennen, wenn mit ihnen nicht offen gesprochen wird, wenn bestimmte Themen vermieden werden. Diese Sensibilisierung der Patienten resultiert aus ihrem Gefühl der Gefährdung (vgl. Uexküll 1986, S. 1205). Eine für den Patienten offene Kommunikation entlastet ihn und seine Angehörigen, sie vermindert die Angst stärkt das Selbstwerterleben des Krebskranken, er fühlt sich ernst genommen und selbstverantwortlich für seine Zukunft. Das soziale Stigmatisierungserleben kann abgemildert werden.

Beachtet werden muss jedoch auch, dass es durch die Kommunikation auch zu Problemen kommen kann. Köhle, Simons und Kubanek (1986) verweisen in ihrem Artikel „Zum Umgang mit unheilbar Kranken“ darauf, dass es bei einer zu forschen und konfrontativen Aufklärung zur Verunsicherung des Patienten kommen kann. So erfolgt keine Kommunikation als eine gegenseitige Beziehung, sondern eine Information ohne „Gefühlsarbeit“ (vgl. Uexküll 1986, S. 1215). Auch wünschen nicht alle Patienten eine vollkommene Aufklärung über ihre Krankheit. Sie nutzen so die Möglichkeit für sich, eine Bedrohung abzuwehren. Diese Forderung gilt es zu respektieren, dem Patienten kann jedoch die bestehende Kommunikationsbereitschaft immer wieder signalisiert werden. Häufig wird das Phänomen der Wiederverleugnung (Meerwein, 1980,1981) erlebt. Patienten, die über ihrer Erkrankung und Prognose aufgeklärt sind, verhalten sich so, als hätten sie keinerlei Wissen über die Bedrohlichkeit ihrer Situation. Weismann (1979) beschreibt diesen Vorgang als „middle knowledge“. Patienten möchten nicht in

ständiger tödlicher Bedrohung leben, daher wird diese Bedrohung immer wieder verleugnet und so als Schutzmechanismus verwendet (vgl. Uexküll 1986, S. 1216). Als ein weiteres und wichtiges Problem sollen hier noch die Wünsche der Angehörigen angeführt werden. Diese möchten oft aus Schonung gegenüber dem Patienten, aus eigener Unsicherheit oder Schuldgefühlen heraus, dass dem Patienten die Diagnose verschwiegen wird. Dieser Wunsch ist nachvollziehbar und verständlich, führt jedoch zur Entmündigung des Patienten. Häufig sind es jedoch auch die Patienten selbst, die den Wunsch äußern, die Diagnose nicht an die Angehörigen weiterzugeben. Die Angst, die Familie zu sehr zu belasten, hindert viele Krebskranke, offen über ihren Krankheitszustand zu reden. Dies hat ein bedrückendes Schweigen zur Folge. Patient und Angehörige sprechen nicht darüber, welche gefühlsmäßige Bedeutung die Krankheit für jeden von ihnen hat. Es kommt zu Missverständnissen oder Kränkungen (vgl. Tausch 1987, S. 35). Zudem kostet es allen Beteiligten unheimlich große psychische Kraft, dem Anderen etwas vorzuspielen. Kraft, die verlorengeht.

Die Kommunikation und die psychosoziale Begleitung sind die Kernkompetenzen in der Palliativmedizin. Auf diese soll in Bezug auf den Sozialarbeiter im nächsten Punkt eingegangen werden.

5.2 Die Rolle des Sozialarbeiters im Kommunikationsprozess

Die Soziale Arbeit nimmt im Krankenhaus eine verantwortungsvolle Aufgabe wahr. Sozialarbeiter treffen auf Menschen, die an biografischen Wendepunkten stehen, wie z. B. durch die Krebserkrankung (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 112). Das Ziel der Sozialen Arbeit ist, dem Krebspatienten durch Beratung und Betreuung zu helfen, Konflikte zu lösen, Schwierigkeiten zu bewältigen und die Lebensqualität zu bewahren. Die Beratung beinhaltet dabei die direkten Kontakte, vor allem die persönlichen Gespräche mit den Betroffenen und den Familienangehörigen. Die Betreuung ist gerichtet auf rehabilitative Hilfemaßnahmen und Formen der Einflussnahme auf das soziale Umfeld des Patienten und seine materielle Lage (vgl. Viefhues/Nülens/Kersken-Nülens 1986, S. 119).

Die gesetzlichen Grundlagen für die Soziale Arbeit im Krankenhaus sind hierfür im Sozialgesetzbuch (SGB) V und in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen zu finden. Doch die Bedeutung und der Auftrag der Sozialen Arbeit sind in den Landeskrankenhausgesetzen nicht eindeutig definiert, was zu Eingrenzungen der Möglichkeiten des Sozialarbeiters führen kann. Im SGB IX sind Regelungen festgeschrieben, die auf eine verbesserte soziale und berufliche Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zielen (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 50f.). Umfangreichen Recherchen im Internet und persönlichen Nachfragen im Gesundheitsministerium in Sachsen Anhalt und Sachsen ergaben jedoch, dass es in diesen Bundesländern kein einheitlich definiertes Tätigkeitsprofil für den Sozialarbeiter im palliativen Bereich gibt. Aus diesem Grund beziehe ich mich in den folgenden Ausführungen auf Frau Professor M. Wasner, Inhaberin des Lehrstuhls Soziale Arbeit in Palliative Care in der Katholischen Stiftungshochschule München (KSFH). Ihre Auffassungen stimmen mit den Maßstäben für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich, welche vom Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen erarbeitet worden, überein (Anlage I).

Einen Schwerpunkt in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten stellt die palliativmedizinische Versorgung dar. Wasner beschreibt die Palliative Care ist die ganzheitliche Begleitung von Patienten mit einer progredienten Erkrankung und deren Familien. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität, Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen wie Angst, Dyspnoe (Atemnot) oder Übelkeit und Erbrechen, und die Lösung von psychosozialen und spirituellen Problemen (vgl. Wasner 2/10, S. 6). Im Rahmen dieser Situation verändert sich die Kommunikation zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten, das Aufklärungsgespräch, die Übermittlung einer schlechten Prognose und die weiteren Therapieziele stehen im Mittelpunkt. Dabei ist aufmerksames Zuhören, Anteilnahme und eine empathische Gesprächsführung eine wichtige Voraussetzung. In diesem ganzheitlichen Betreuungskonzept nimmt die psychosoziale Begleitung eine wichtige Schnittstelle zwischen dem Patienten und seiner Umwelt ein (vgl. Wasner, Kaub-Wittmer 2006, S. 172). Die psychosoziale Begleitung umfasst „...alle Bereiche, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden

des Patienten und seiner Familie beitragen, inklusive Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und –bewältigung, Kommunikation, sozialer und finanzieller Belange und Beziehungen zu anderen.“ (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1997). Demnach ist jeder Kontakt mit einem Palliativpatienten und seiner Familie eine psychosoziale Intervention. Dabei ist nach Richmond (1917) jedes Gespräch eine Intervention (vgl. Hürtgen-Busch/Sougrid 2004, S. 8). Jedes Teammitglied sollte daher Grundkenntnisse im Beziehungsaufbau und Kommunikation besitzen (vgl. Wasner 2/10 S. 6). Der „National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services“ schlägt ein 3-Stufenmodell der psychosozialen Begleitung vor. Hierin wird aufgezeigt, dass es mit zunehmender Komplexität der Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen eine immer spezialisiertere psychosoziale Begleitung bedarf (vgl. Wasner 2/10 S. 6).



Abb. 5.2 Stufenmodell Psychosoziale Begleitung (2010): Quelle: Forum sozialarbeit + gesundheit 2/10, S. 7

Die Soziale Arbeit besetzt neben der Medizin und der Pflege eine Schlüsselfunktion im multiprofessionellen Palliativ Care Team. Neben dem Pflegepersonal verbringt der Sozialarbeiter sehr viel Zeit mit dem Patienten und der Familie. Die

ganzheitliche Perspektive, die Einstellung zum Patienten, die spezifischen Methoden und die Kompetenzen, die den Sozialarbeiter auszeichnen, sind gerade für diese Menschen in ihrer kritischen Lebenslage wichtig. Durch die Ausbildung zu Generalisten sind Sozialarbeiter besonders befähigt, vielfältige Aufgaben in der psychosozialen Begleitung zu übernehmen (vgl. Wasner 2/10 S.7). So wird der Sozialarbeiter oft zum Vermittler zwischen den Betroffenen und dem professionellen Team, aber auch zwischen den Betroffenen und deren Familien. Nach dem systemischen Ansatz sollen für Patienten und Angehörige tragfähige Entscheidungen, z. B. hinsichtlich der Wünsche für die letzte Lebensphase, besprochen und getroffen werden. Frau Prof. M. Wasner (Lehrstuhl und Forschungstätigkeit Soziale Arbeit in Palliativ Care an der Ludwig-Maximilian-Universität München) benennt die Aufgaben des Sozialarbeiters in der Palliativmedizin wie folgt:

- „Beratung, Information und psychosoziale Begleitung von Patienten und Angehörigen
- Ressourcenmanagement und Empowerment: Aktivierung von internen und externen Ressourcen zur Stärkung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen
- Netzwekarbeit und Case-Management
- Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten (Patienten, Angehörigen, handelnde Betreuende)
- Krisenintervention und Unterstützung bei der Konfliktbewältigung
- Vermittlungs- und Koordinationstätigkeiten
- Koordination von ehrenamtlichen Begleiter-Teams“ (Wasner 2006, S. 174)

Aufgrund dieser Aufgabenfelder ist ersichtlich, dass die soziale Begleitung nicht nur aus Administration und sozialrechtliche Aufgaben besteht, sondern der Schwerpunkt in der Kommunikation liegt und in der Verbindung von personenorientierter und umfeldorientierter Arbeitsweise. Die psychosoziale Begleitung fungiert als Vermittler, Anwalt und Unterstützer und übernimmt dabei Kooperations-, Koordinations- und Steuerungsaufgaben. Dem ganzheitlichen Ansatz in der Palliativmedizin kann man nur gerecht werden, wenn zur Symptomkontrolle auch die psychosozialen Aspekte beachtet werden. Eine gelungene Kommunikation nimmt dabei eine zentrale Rolle ein (vgl. Wasner 2006, S. 177).

6 **Fazit und Ausblick**

Meine Zielstellung für diese Bachelorarbeit war es, aufzuzeigen, wie ich als Sozialarbeiter die Patienten und ihre Angehörigen in der Lebenskrise, die im Tod endet, unterstützen kann und welche Kompetenzen den Sozialarbeiter dabei auszeichnen. Mit meinen Ausführungen konnte ich nachweisen, dass Menschen enormen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, die eine Krebsdiagnose erhalten haben. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell erklärt dabei am umfassendsten die Situation, in der sich der betroffene Patient befindet. Nicht nur der Krebskranke sondern auch sein soziales Umfeld ist von den Belastungen betroffen und reagiert individuell in diesem System. So ist die Krankheitsbewältigung ein ständiger Prozess, den der Patient und sein Umfeld durchlaufen und dabei immer wieder an ihre Belastungsgrenzen stoßen.

Anhand der literarischen Erarbeitungen und meiner beruflichen Erfahrungen auf der Palliativstation in der Lungenfachklinik Lostau konnte bestätigt werden, welchen Stellenwert die psychosoziale Begleitung und die Kommunikation mit den Patienten und den Angehörigen einnimmt. Häufig führen Gespräche über Schmerzen zu offenen Lebensproblemen, zu unerledigten Aufgaben. Dies hat zur Folge, dass Patienten zu Versöhnung, Abschied und Trauer noch nicht bereit sind und daher nicht unbelastet sterben können.

Die Notwendigkeit psychosozialer Begleitung ist von vielen Wissenschaftlern wie Pauls (2004), Faller (1998) und Uexküll (1986) nachgewiesen worden. Im Klinikalltag ist eine intensive Begleitung der Krebskranken jedoch häufig durch ökonomische Aspekte, vor allem seit den DRG-Abrechnungen, eingeschränkt.

Die Ausführungen in meiner Bachelorarbeit erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie sind vielmehr zu verstehen als Anregung zu der themenspezifischen Vertiefung. Weiterführende Studien, welche Erwartungen der Patienten an die Sozialarbeit erforschen, müssen neben dem Bedarf an sozialrechtlicher Beratung, Information über Hilfesysteme, Unterstützung bei der konkreten Einleitung von Maßnahmen ganz besonders den Gesprächsbedarf über psychosoziale Belastungen einbeziehen. So untersucht eine noch nicht beendete Studie des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin (IZP) des Klinikums der Universität München die psychosoziale Versorgung von Palliativpatienten und ihren Angehö-

rigen. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Stellenwert der psychosozialen Begleitung zu (Anlage II). Leider kann die Auswertung dieser Studie aus zeitlichen Gründen in meiner Bachelorarbeit nicht mehr erfasst werden. Wünschenswert wäre eine Gleichstellung der psychosozialen Betreuung bzw. Begleitung mit der pflegerischen und der medizinischen Behandlung, also die Klinische Sozialarbeit als dritte Dimension neben Medizin und Pflege.

Literaturverzeichnis

- Ansen, H./Gödecker-Geenen, N./Nau, H. (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus.
München: Ernst Reinhardt Verlag
- Faller, H. (1998): Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen, Bern, Toronto,
Seattle: Hogrefe-Verlag
- Gödecker-Geenen, N./Nau, H./Weis, I. (2003): Der Patient im Krankenhaus und sein
Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme.
Münster, Hamburg, London: LIT Verlag
- Hagemann, W. (2003): Nach der Krebsdiagnose. Systemische Hilfen für Betroffene, ihre
Angehörigen und Helfer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hahn, M. (1981): Lebenskrise Krebs. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt und
Druckerei GmbH & Co.
- Härter, M. / Koch, U. (2000): Psychosoziale Dienste im Krankenhaus. Göttingen, Bern,
Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag
- Jork, K./Peseschkian, N.(2003): Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund
werden-gesund bleiben. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Kunz, S./ Scheuermann, U./Schürmann, I.(2007):Krisenintervention. Ein fallorientiertes
Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Kübler-Ross, E. (2001): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz Verlag
- Pauls, H.(2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer
Behandlung. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Schnyder, U. / Sauvant, J.-D. (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern,
Göttingen, Toronto Seattle: Hans Huber Verlag
- Tausch, A.-M. (1987): Gespräche gegen die Angst. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch
Verlag GmbH
- Uexküll v., T. (1990): Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban &
Schwarzenberg
- Viefhues, H./Nülens, H.-G./ Kersken-Nülens, U.(1986):Soziale Dienste im Krankenhaus.
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer

Vögele, C (2008): Klinische Psychologie. Körperliche Erkrankungen. Weinheim, Basel:
Beltz Verlag

Internet- Quellen

Statistisches Bundesamt Deutschland (2010): <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/search/results.psml>, verfügbar am 16.11.2010

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010): http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=89406625&nummer=130&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=17561233, verfügbar am 10.01.2011

Institut für Verhaltenstherapie Salzburg, Graz (2010): http://www.institut-avm.at/ratgeber_avm/MSErklaerung.htm, verfügbar am 28.11.2010

Deutsche Krebsgesellschaft (2010) http://www.krebsgesellschaft.de/lk_befragung_focus_psyche_2008,102684.html, verfügbar am 26.11.2010

Wasner, M./Kaub-Wittmer (2006): Kommunikation und psychosoziale Begleitung. Kernkompetenzen in der Palliativmedizin. Deutsche Zeitschrift für Onkologie. S.174-177. <http://www.palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/in/mitarbeiter/asnerhtml>, verfügbar am 29.11.2010

Wasner, M. (2010): „Ist das nicht meine Aufgabe? Zur Rolle der Sozialen Arbeit im multiprofessionellen Palliative Care Team. Forum sozialarbeit und gesundheit. S. 6,7.<http://www.palliativmedizin.klinikum.unimuenchen.de/in/mitarbeiter/Wasner.htm>, verfügbar am 29.11.2010

Wasner, M. (2009): Welche Rolle spielt Soziale Arbeit in der Palliativpflege? Zeitschrift für Palliativmedizin. S. 10. <http://www.palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/in/mitarbeiter/Wasner.html>, verfügbar am 29.11.2010

Anhang

- | | |
|-----------|--|
| Anlage I | Auszug: Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich |
| Anlage II | Fragebogen „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“ |

Anlage I

Auszug: Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept –

Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich

Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept

*– Maßstäbe für die Soziale Arbeit
im Hospiz- und Palliativbereich*

*Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte
in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW*



Im Auftrag vom
Ministerium für
Arbeit, Gesundheit
und Soziales des
Landes Nordrhein-Westfalen



Ansprechstelle im
Land NRW zur
Pflege Sterbender,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
Westfalen-Lippe



3. Anforderungs- und Tätigkeitsprofil für Hospiz- und Palliativsozialarbeit

Ursula Fülbier, Karen Wauschkuhn

Vorbemerkung

Das vorliegende „Nordrhein – Westfälische Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz und Palliativbereich“ des Landesarbeitskreises für psychosoziale Fachkräfte reagiert auf fachliche Herausforderungen eines neuen Handlungsfeldes in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik (im weiteren nur noch Sozialarbeit).

Diese Berufsgruppe ist neben Ärzten, Pflegern, Seelsorgern usw. für spezielle Aufgaben, die im Weiteren näher beschrieben werden, zuständig. Hospizliche und palliative Begleitung bedarf eines multiprofessionellen Konzeptes, wonach die verschiedensten Berufsgruppen gemäß der Bedürfnisse und Bedarfslagen der Adressaten miteinander kooperieren können.

Das vorliegende Qualitätskonzept soll eine Brücke zwischen den im Studium der Sozialarbeit erworbenen Grundlagen und den spezifischen fachlichen Anforderungen sozialarbeiterischer Tätigkeit in der hospizlichen und palliativen Arbeit bauen.

Dazu gehört, dass Sozialarbeiter auch Grundlagenkenntnisse in Palliativmedizin und in palliativpflegerischer Theorie und Praxis erwerben.

Hierbei geht es nicht darum, dass Sozialarbeiter in die Lage versetzt werden palliativpflegerische Tätigkeiten zu übernehmen, sondern nur darum, dass in einem interdisziplinären Team die unterschiedlichen Akteure vom Aufgabenfeld und Relevanzsystem der anderen miteinander eng kooperierenden Professionen ein Grundverständnis haben. Ansonsten besteht die Gefahr, dass in einem Team die verschiedenen Berufsgruppen atomisiert sind und nebeneinander agieren.

Dies entspräche aber nicht einem ganzheitlich interdisziplinärem Ansatz.

3.1 Einführung

Sozialarbeiter sind von ihrem Studium her Generalisten. Sie bringen psychologische, soziologische, erziehungswissenschaftliche, sozialmedizinische, methodische und rechtliche Kenntnisse mit, die aber auf spezielle Arbeitsgebiete adaptiert werden müssen.

Sozialarbeiter müssen sich jedoch darüber im Klaren sein, dass Hospiz- oder Palliativsozialarbeit kein traditionelles eigenständiges Arbeitsfeld dieser Profession darstellt. Es handelt sich – wie im Gesundheitswesen insgesamt – um einen flankierenden Dienst.

In nordrhein-westfälischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind Sozialarbeiter bereits seit Jahren fester Bestandteil der Teams. Nicht selten sind sie als Koordinatoren ambulanter Hospizdienste tätig.

Fest steht, dass Sozialarbeiter mit ihren spezifischen Kenntnissen zur ganzheitlichen Wahrnehmung der Bedürfnisse sterbender und trauernder Menschen das Begleitungsangebot in der interdisziplinären Arbeit erweitern.

Das Basiscurriculum für Sozialarbeiter in Palliativmedizin (Tewes) sowie das Berufsbild und Selbstverständnis der Sozialarbeiter der Palliativ- und Hospizarbeit Nordrhein-Westfalen (erstellt vom Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Nordrhein-Westfälischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen, 1997) bieten bereits eine gute Basisorientierung für Neueinsteiger in diesem Arbeitsfeld.

In der Sozialen Arbeit ist es üblich, den Menschen im Kontext seiner alltäglichen Lebenszusammenhänge – also ganzheitlich – zu sehen und diesen Blickwinkel in entsprechende Handlungskonzepte zu integrieren. Für diesen Ansatz hat sich in der Fachwelt in Anlehnung an Thiersch der Begriff „Lebensweltorientierung“ etabliert. Hierbei geht es nicht nur darum, die Sinn- und Deutungsmuster der Betroffenen als Basis sozialarbeiterischer Problemintervention zu akzeptieren und zu nutzen, sondern auch die notwendige Sensibilität in das fachliche Handeln einzuflechten. Würde lediglich eine sozialtechnologische Beratung erfolgen, hätte dies letztlich nichts mit einer lebensweltorientierten sozialarbeiterischen Interventionsform zu tun. Lebensweltorientierung braucht nach Thiersch den Takt, der prüft, was in der Situation angemessen ist, um nur da einzugreifen, wo es notwendig scheint

Unter Berücksichtigung dieser notwendigen Sensibilität und Empathie ist es Aufgabe der Sozialarbeit, im Palliativ- und Hospizbereich für das Case-management verantwortlich zu sein. Die Case- bzw. Fallmanager sind die generalistischen Ansprechpartner für Betroffene. Sie begleiten Patienten und Zugehörige unter Berücksichtigung biographischer und lebensweltlicher Konzepte. Hierzu gehört auch eine qualifizierte Eingangsdiagnostik, ein sozialarbeiterisches Assessment, in dessen Kontext fachliche Notwendigkeiten und persönliche, biographische Bedürfnisse und Bedarfslagen zu einem Hilfe-, Unterstützungs- und bezogen auf die Zugehörigen, perspektivischen (neuen) Lebensplan integriert werden.

Zu diesem Casemanagement gehört sowohl die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, als auch die Koordination aller im Handlungsfeld tätigen Akteure und Institutionen (Hauptamtliche, Ehrenamtliche, Betroffene, sozialer Nahraum)

Dieses Grundprinzip gilt in unterschiedlicher Ausprägung ebenso für die psychosoziale Begleitung der Patienten sowie der Zugehörigen.

3.2 Das Tätigkeitsprofil

Das Aufgabenprofil für Sozialarbeit im hospizlichen und palliativmedizinischen Bereich wird in der Regel unterteilt in patienten – sowie angehörigennahe und entsprechend – ferne Tätigkeiten

3.2.1 Die psychosoziale Begleitung der Patienten im ambulanten und stationären Bereich

Die Hauptaufgabe besteht darin, den Patienten Zeit und Raum zu gewähren, über ihre innerpsychischen Auseinandersetzungen bei der Krankheitsbewältigung zu sprechen und ihnen Akzeptanz ihrer emotionalen Situation zu vermitteln.

Die Konfrontation des nahenden Todes lässt die Patienten häufig in eine Spirale von sozialer Isolation, Introversion, Angst und Depression fallen, aus der sie ohne fremde Hilfe

nicht herauskommen. Sozialarbeit kann an dieser Stelle mit Hilfe des verstehenden Gesprächs ein Wegbegleiter sein. Damit hilft sie, bestehende

Kommunikationsbarrieren zu überwinden und gegebenenfalls zwischen Patienten und Angehörigen zu vermitteln, um so einer emotionalen Vereinsamung der Patienten entgegenzuwirken. Aber auch non- und paraverbale Äußerungsformen müssen verstanden und für die helfende Beziehung nutzbar gemacht werden.

Auch für alltägliche Sorgen, die häufig verbunden sind mit der Frage der sozialen/finanziellen/existentiellen Absicherung sind Sozialarbeiter wichtige Gesprächspartner. Hier gilt der Grundsatz: Bevor nicht so weit wie möglich gegenwärtige und zukünftige (die der Hinterbleibenden) existentielle Grundabsicherungen weitestgehend geklärt sind, kommt kaum ein Gespräch über die psychischen Bearbeitungsprozesse in der Krankheit und dem Abschiednehmen zustande.

Parallel hierzu: Ist ein Mensch nur noch von Schmerzzuständen gezeichnet, wird er abgeschnitten sein von anderen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Krankheit. Körperlicher Schmerz und materielle existentielle Bedrohung blockieren die innerpsychische Auseinandersetzung der Patienten.

3.2.2 Psychosoziale Begleitung der Angehörigen im ambulanten und stationären Bereich

Nahe Angehörige (Verwandte, Freunde) sind für die Patienten die wichtigsten Bezugspersonen in der letzten Lebenszeit. Sie sind als Teil im jeweiligen System ebenfalls betroffen und in ihren eigenen Bedürfnissen anzuerkennen.

Dies erfordert eine Sensibilisierung gegenüber ihren Bedürfnissen.

Hierzu gehört u.a.:

- eine systemische und lebensweltorientierte Sichtweise unter Einbeziehung der Zugehörigen,
- die Erschließung sozialer Ressourcen – soweit möglich,
- die Einnahme einer wertschätzenden Grundhaltung auch gegenüber dem Bezugssystem,
- die Vermittlung von Anerkennung der Leistungen in dieser schwierigen Lebenssituation,
- eine situative und prozessorientierte, vorausschauende Einschätzung des Belastungsgrades

- das frühzeitige Erkennen einer drohenden Überforderung und darüber hinaus die Entwicklung möglicher hilfreicher Umgangsstrategien.

Soziale Arbeit mit betroffenen Familien meint hier vor allen Dingen Unterstützung der Kommunikation innerhalb des Systems.

Dies schließt auch eine Einbeziehung der Kinder von Patienten mit ein. Hier ist ein besonderes Augenmaß notwendig. Entsprechend dem Entwicklungsalter bzw. Entwicklungsstand eines Kindes sind Gespräche mit oder über die mögliche Bedrohung der Kinder durch die Erkrankung eines Elternteils sinnvoll und notwendig. Im wesentlichen geht es darum zu erkennen, wer im System als Vertrauensperson für die Kinder Ansprechpartner sein kann. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Ermutigung zu einer offenen Kommunikation auch mit den Kindern über ihre Ängste und Nöte zu sprechen, sie ernst zu nehmen und sie entsprechend ihrem Entwicklungsalter am Prozess teilnehmen zu lassen, eher eine Entlastung darstellt.

Schonung im Sinne von fernhalten und so tun „als wenn nichts wäre“, wird von Kindern eher als Vertrauensverlust erlebt. Es versteht sich aber von selber, dass dieser Prozess behutsam begleitet werden muss.

3.2.3 Sozialrechtliche Information und Beratung

Eine zentrale Aufgabe in der psychosozialen Begleitung von Schwerstkranken und ihren Zugehörigen ist die umfassende Information und Beratung in sozialrechtlichen Fragen. Dazu gehören unter anderem die konkrete Hilfe bei Antragstellung und das Verhandeln mit beteiligten Behörden. Dabei ist das grundsätzliche Ziel die größtmögliche Vermeidung sozialer Härten für die Betroffenen. Den Beratern kommt dabei die Aufgabe zu, notwendige Informationen so zu filtern, dass es seitens des Betroffenen zu keiner Reizüberflutung in einer Beratungssituation kommt.

Dies erfordert zum Beispiel:

- das Wissen um mögliche, durch soziale Unsicherheit ausgelöste Ängste rund um Fragen der Existenzsicherung für Schwerstkranke und ihre Angehörigen,

- einen sicheren Umgang mit und das Verstehen von Gesetzestexten und Kommentaren sowie
- Kenntnis der betreffenden Rechtsgebiete, wie: Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGBII), Gesetzliche Krankenversicherung (SGBV), Gesetzliche Rentenversicherung (SGBVI), Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII), Soziale Pflegeversicherung (SGBXI), Sozialhilfe (SGBXII), Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Im hospizlichen und palliativen Kontext bietet eine situativ angepasste Beratung den Betroffenen die Möglichkeit, sich immer wieder behutsam an neue veränderte Situationen anzupassen.

Dabei basiert das individuell zugeschnittene Beratungsangebot inhaltlich auf den verfügbaren und oftmals begrenzten Ressourcen der Adressaten unter gleichzeitiger Wahrung der größtmöglichen Autonomie.

3.2.4 Koordination, Befähigung und Anleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter

Hospizliche Arbeit hat ihre wesentlichen Wurzeln im Ehrenamt. Betroffene und ehrenamtliche Mitarbeiter sind vor circa zwei Jahrzehnten dazu angetreten, die Situation Sterbender im „Medizinapparat“ kritisch zu beleuchten um so eine Neuorientierung sowohl in Institutionen als auch in der Gesellschaft herauszufordern. Dieser im Ursprung ehrenamtlichen Bewegung schlossen sich Hauptamtliche unterschiedlicher Berufsgruppen an.

Ein Hauptaufgabenfeld der Sozialarbeit in diesem Zusammenhang ist die Koordination und Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter im Kontext von hospizlicher und palliativmedizinischer Arbeit.

Dazu gehören im Einzelnen:

- Gewinnung, Auswahl und Information an ehrenamtlicher Mitarbeit Interessierter
- Erarbeitung von Auswahlkriterien und Durchführung von Auswahlgesprächen über mögliche Einsatzbereiche (patientennah/patientenfern),
- Erstellung und Planung eines Befähigungskonzeptes (sowie die kontinuierliche Überarbeitung),

- Durchführung, Gestaltung und Leitung der Befähigungskurse zur Sterbe- und Trauerbegleitung (unter Einbeziehung von Fachreferenten),
- Fachliche und organisatorische Verantwortung für die Anleitung, Einbindung und Einsatzkoordination der Ehrenamtlichen in die Praxis,
- Regelmäßige Praxisbegleitung (Einzelfallbesprechung, Krisenintervention, Organisation und Leitung der Gruppentreffen, Vermittlung von Supervision bei Bedarf),
- Burn-out Prophylaxe, Psychohygiene (regelmäßige Reflexion über Einsatzbe- und Auslastung und Befindlichkeit),
- Vernetzung von Haupt- und Ehrenamt,
- Dokumentation (Erarbeitung, Vorstellung, Auswertung und Motivierung der ehrenamtlichen Mitarbeiter zur Teilnahme).

3.2.5 Trauerbegleitung

Trauerbegleitung ist häufig ein integraler Bestandteil der hospizlichen und palliativen Sozialarbeit.

Die Zugehörigen erhalten hier die Möglichkeit, über den Verstorbenen und darüber, was er für sie bedeutet hat, zu reflektieren. So kann die letzte Lebenszeit bis zum Tode des nahestehenden Menschen betrachtet und die gesamte Bandbreite des Verlustes noch einmal behutsam angeschaut werden.

Zahlreiche Untersuchungen aus der Depressionsforschung und der Psychosomatik haben gezeigt, dass ein aktiver Trauerprozess sinnvoll ist und gesundheitsprophylaktische Auswirkungen hat. Der Weg durch die Trauer ist ein mühsamer emotionaler Prozess, der an Schwerstarbeit erinnert. Letztlich ist dieser Weg durch die Trauer der einzige heilsame Prozess, um aus dem Trauerlabyrinth heraus wieder eine Perspektive für sich selber zu entwickeln. Vor dem Hintergrund der Individualisierung von Lebenswelten, die einhergeht mit Isolierung und „verinseltem Dasein“, sollte sich Trauerbegleitung auch am Gemeinwesen und den darin vorhandenen Ressourcen orientieren (Nachbarschaft, Kirchengemeinde etc.) und diese für Kontaktmöglichkeiten für Betroffene (re)-aktivieren. Gruppenangebote können so zum Beispiel für den sozialen Nahraum der Trauernden

geöffnet werden. Auch für Trauernde aus der Region, die vor dem Trauerfall keinen Kontakt zur Einrichtung hatten, wird so ein Raum eröffnet. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die vorhandenen (sozialräumlichen) Ressourcen der Betroffenen genutzt werden, und sie über die Unterstützung der Sozialarbeit Hilfe zur Selbsthilfe erfahren und Eigenkräfte aktivieren.

Dies entspricht im Prinzip dem Empowerment-Konzept der Sozialarbeit. Die Stärkung, die Betroffene in der Gruppe erfahren, kann dann dazu führen, dass im Familien-, Freundes-, Nachbar- und Kollegenkreis über Tod und Trauer geredet wird. Somit wird ein schwieriges Thema wieder öffentlich und damit enttabuisiert.

Hierbei geht es selbstverständlich immer um die Berücksichtigung des Systems Familie (als Kernbereich des sozialen Nahraums der Betroffenen) insbesondere auch mit Blick auf Kinder und Enkelkinder der Verstorbenen. Kinder, die einen nahen Zugehörigen verloren haben werden oftmals als „Trauernde“ übersehen. Dies bedeutet in der Praxis nicht zwingend, dass spezielle Gruppenangebote für Kinder bereitgestellt werden müssen – ein entsprechendes Beratungs- und Begleitungsangebot für Kinder und deren Familien sollte dennoch zur Verfügung stehen, auch um gegebenenfalls an andere Experten weiterzuleiten.

Ein weiteres, wichtiges Angebot in diesem Zusammenhang ist die Beratung von Institutionen und dem pädagogischem Personal, bei denen Kinder einen Großteil ihrer Zeit in Betreuung sind. Häufige Anfragen haben gezeigt, dass hier ein enormer Beratungsbedarf besteht.

Aus dem bisher Geschilderten wird deutlich, dass:

- Gesprächsgruppen als Begleitungsangebot hohe Priorität besitzen,
- ergänzend zur Gruppenarbeit flankierende Einzelgespräche notwendig sind,
- aber auch Einzelgespräche für diejenigen, die (noch) nicht an einem Gruppenangebot teilnehmen möchten/können, angeboten werden sollten,
- auch offene Trauertreffs/Trauercafés als niedrigschwelliges Angebot sowie Gedenkfeiern wichtige Angebote sind, um das Begleitungsangebot für Trauernde abzurunden,
- Trauerbegleitung auch durch Ehrenamtliche angeboten wird.

3.2.6 Gremienarbeit, Vernetzung und Fortbildung

Gremienarbeit dient dem Zweck, die Konzepte und das Aufgabenprofil der Hospiz- und Palliativsozialarbeit in die fachliche Diskussion zu implementieren. Außerdem kommt der Mitwirkung in Gremien eine gewisse Lobbyfunktion für das Handlungsfeld zu.

Fachbezogene Gremien existieren auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, aber auch bei den Versicherungsträgern, den Vereinigungen der Sozialarbeit oder der Palliativmedizin wie die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz NRW.

Wichtig ist, dass die in der Hospiz- und Palliativsozialarbeit tätigen Fachkräfte dieses Aufgabengebiet als integralen Bestandteil ihres Anforderungsprofils erkennen. Denn

Sozialarbeit hat von ihrem Grundverständnis her auch immer eine (fach-)politische Funktion.

Vernetzung in der Sozialarbeit ist notwendig. Nicht jede Einrichtung muss alles anbieten. Netzwerke unterschiedlichster im Feld tätiger Institutionen können helfen, ein optimales flächendeckendes und aufeinander abgestimmtes Hilfesystem zu entwickeln – Kooperation statt Konkurrenz heißt hier die Leitorientierung.

In den mittlerweile durch verschiedene Institute und Fortbildungsträger angebotenen Fortbildungsprogrammen sollte die hier skizzierte sozialarbeiterische Fachlichkeit durch entsprechende Angebote zum Tragen kommen.

3.2.7 Öffentlichkeitsarbeit

Hospiz- und Palliativsozialarbeit ist wie die Palliativmedizin und Hospizarbeit insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland eine relativ neue Einrichtung. Die entsprechenden Aufträge und Arbeitsfelder sind in der breiten Öffentlichkeit, manchmal auch in der Fachwelt, eher unbekannt. Aus diesem Grunde ist es für die Idee und Akzeptanz dieses verhältnismäßigen neuen Arbeitsgebietes wichtig, durch öffentlichkeitswirksame Aktivitäten zu werben und aufzuklären. Nur so lässt sich eine feste Verankerung der Palliativ- und Hospizidee und damit implizit der Hospiz- und Palliativsozialarbeit in das öffentliche Gesundheitssystem erreichen.

Krankenhäuser, Krankenkassen, Sozialstationen, Sozialämter, Einrichtungen der Altenhilfe, aber auch ambulant niedergelassene Ärzte und Ärztinnen müssen über die entsprechenden Konzepte und Dienstleistungen informiert werden. Ziel muss es sein, hierdurch zu einer verzahnten Zusammenarbeit zu kommen.

Um die Konzepte und Dienstleistungen der Hospiz- und Palliativsozialarbeit einer breiten Öffentlichkeit transparent werden zu lassen, müssen insbesondere in der jeweiligen Einrichtung und den zugeordneten Stadtteilen und Regionen Informationen verteilt, Broschüren ausgelegt und Kontakte zur lokalen Presse aufgenommen werden.

Eine besondere Aufgabe kommt im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit den ehrenamtlichen Helfern zu. Sie können mithelfen, das Konzept und die Dienstleistungen in ihrem sozialen Nahraum weiterzutragen. In diesem Kontext gilt es auch, gemeinsam mit den Ehrenamtlichen stadtteilbezogene Veranstaltungen wie Weihnachtsbasare, Selbsthilfetage aber auch Stadtteilstefen zu nutzen.

3.2.8 Dokumentation und Evaluation

Die Ergebnisse sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich müssen entsprechend qualitativer und quantitativer Kriterien dokumentiert werden. Hier besteht nach wie vor noch ein Defizit. Konzeptionelle Theorien und praktische Erfahrungen sollten aber schriftlich vorliegen, damit sie zur Verstetigung und Weiterentwicklung des Handlungsfeldes dienen können. Neben patientenorientierten Daten können in derartigen Dokumentationen aber auch sozialarbeiterische Prozesse beschrieben werden. Sinnvoll wäre es, wenn zudem eine Materialiensammlung zu good-practice-Ansätzen erarbeitet würde, wobei dies langfristig auch als computer-gestützte Datenbank vorliegen müsste.

Die Evaluation der Arbeit ist Voraussetzung für eine gute Dokumentation. Evaluiert werden müssen auf jeden Fall Konzepte der Hospiz- und Palliativsozialarbeit, deren Anwendungschancen und Grenzen und die beschreibbaren oder meßbaren Ergebnisse. Um das hier nur skizzierte Anforderungs- und Tätigkeitsprofil für Hospiz- und Palliativsozialarbeit weiter zu verfeinern, ist es notwendig, bezogen auf die einzelnen Handlungsfelder Qualitätskriterien zu entwickeln, die das Arbeitsgebiet noch

differenzierter darstellen, wozu das nordrhein-westfälische Qualitätskonzept beiträgt und als Orientierungshilfe dient.

3.3 Fachliche Voraussetzungen

Es liegt auf der Hand, dass in einem derartig komplexen und komplizierten Handlungsfeld wie der Hospiz- und Palliativsozialarbeit eine hohe fachliche Kompetenz notwendig ist. Diese Eingangskompetenz, die sicherlich weiterer Fortbildung bedarf, sollte in der Regel durch ein sozialarbeiterisches/sozialpädagogisches Studium erfüllt werden. Aber auch sozialwissenschaftliche bzw. erziehungswissenschaftliche Hochschulabschlüsse sind eine gute Voraussetzung für einen entsprechenden Einsatz.

Anmerkung:

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine geringfügig überarbeitete Fassung eines gleichnamigen Artikels der Autorinnen aus dem Basiscurriculum Palliativ Care – Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen, von Barbara Uebach und anderen, Pallia Med Verlag, Bonn 2004

Anlage II

Fragebogen „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“

Fragebogen „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“

Allein der gebotenen Leserfreundlichkeit unseres Fragebogens ist es geschuldet, dass Berufsbezeichnungen ausschließlich in der männlichen grammatikalischen Form aufgeführt sind. Die Kolleginnen sind natürlich ausdrücklich eingeschlossen!

Sämtliche Fragen beziehen sich auf das Kalenderjahr 2009!

1. Allgemeine Angaben zur Palliativstation

- 1.1 Träger _____
- 1.2 Eröffnungsjahr _____
- 1.3 Bettenzahl _____
- 1.4 Belegungsquote _____ %
- 1.5 Verweildauer der Patienten (Durchschnitt) _____ Tage
(Bandbreite) ____ - ____ Tage
- 1.6 Verstorbene Patienten (im Jahr 2009) _____
- 1.7 Ist an die Palliativstation ein palliativmedizinischer Konsildienst angebunden? ☐ nein ☐ ja
- falls ja:
- a) Anzahl der im Konsildienst versorgten Patienten _____ Patienten / Jahr
- b) Betreuungsdauer (Durchschnitt) der Patienten _____ Tage
im palliativmedizinischen Konsildienst

2. Weiterversorgung der Patienten nach Entlassung von der Palliativstation

- 2.1 andere Krankenhaus-Abteilungen oder anderes Krankenhaus _____ %
- 2.2 zu Hause _____ %
- 2.3 stationäres Hospiz _____ %
- 2.4 Alten-/ Pflegeheim _____ %
- 2.5 weitere, nicht genannte Einrichtungen,
in die Palliativpatienten zur Weiterbehandlung verlegt werden:
- _____ %
- _____ %
- _____ %

3. Multiprofessionelles Team

3.1 Welche Berufsgruppen sind **fester Bestandteil** (regelmäßige Tätigkeit & festes Stundenkontingent auf der Palliativstation) des multiprofessionellen Teams Ihrer Palliativstation?

- | | |
|---|---|
| A <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger | G <input type="checkbox"/> Atemtherapeuten |
| B <input type="checkbox"/> Ärzte | H <input type="checkbox"/> Kunsttherapeuten |
| C <input type="checkbox"/> Physio-/ Ergotherapeuten | I <input type="checkbox"/> Musiktherapeuten |
| D <input type="checkbox"/> Psychologen/ Psychotherapeuten | J <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche |
| E <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/ -pädagogen | K <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| F <input type="checkbox"/> Professionelle Seelsorger | |

3.2 Welche Berufsgruppen werden **bei Bedarf** hinzugezogen (keine regelmäßige Tätigkeit bzw. kein festes Stundenkontingent auf der Palliativstation)?

- | | |
|---|---|
| A <input type="checkbox"/> Physio-/ Ergotherapeuten | E <input type="checkbox"/> Atemtherapeuten |
| B <input type="checkbox"/> Psychologen/ Psychotherapeuten | F <input type="checkbox"/> Kunsttherapeuten |
| C <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/ -pädagogen | G <input type="checkbox"/> Musiktherapeuten |
| D <input type="checkbox"/> Professionelle Seelsorger | H <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche |
| | I <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

4. Soziale Arbeit

4.1 Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden von Sozialarbeitern/ -pädagogen:

- a) auf der Palliativstation (ohne Konsildienst) _____ h / Woche
- b) im palliativmedizinischen Konsildienst (ohne Palliativstation) _____ h / Woche

4.2 Seit wann sind auf Ihrer Station Sozialarbeiter/ -pädagogen beschäftigt? _____

4.3 In welchem Beschäftigungsverhältnis sind die Sozialarbeiter/ -pädagogen beschäftigt?

- A ☐ feste Anstellung auf der Palliativstation
- B ☐ allg. Anstellung im Krankenhaus; nur zeitweise auf Palliativstation
- C ☐ sonstiges Beschäftigungsverhältnis (bitte spezifizieren):

4.4 Finanzierung der Stellen der Sozialarbeiter/ -pädagogen:

- A ☐ Träger
- B ☐ Drittmittel/ Spenden
- C ☐ Sonstige: _____

5. Psychosoziale Begleitung

5.1 Welche Aufgaben und Tätigkeiten gehören für Sie zum Bereich der psychosozialen Betreuung?
(Mehrfachnennungen möglich)

- A ☐ Organisation/Verlegung, Hilfsmittelbeschaffung, Kommunikation mit Versicherungs-
träger etc.
- B ☐ Aufklärung und Organisation rechtlicher Aspekte (Vorsorgevollmacht, Betreuung,
Patientenverfügung, Erbe etc.)
- C ☐ (emotional unterstützende) Gesprächsbegleitung des Patienten
- D ☐ (emotional unterstützende) Gesprächsbegleitung der Angehörigen
- E ☐ Ansprechpartner für das Team (bei individuellen Sorgen & Belastungen) sowie
zur Konfliktmediation)
- F ☐ Spirituelle Begleitung
- G ☐ Psychologische/ Psychotherapeutische Unterstützung
- H ☐ Trauerbegleitung
- I ☐ Koordination ehrenamtlicher Dienste
- J ☐ Sonstiges: _____

5.2 Wer auf Ihrer Palliativstation ist **schwerpunktmäßig** für den Bereich der psychosozialen
Betreuung zuständig? (Mehrfachnennungen möglich)

- A ☐ Gesundheits- und Krankenpfleger E ☐ Professionelle Seelsorger
- B ☐ Ärzte F ☐ Ehrenamtliche
- C ☐ Psychologen/ Psychotherapeuten G ☐ weitere Disziplinen _____
- D ☐ Sozialarbeiter/ -pädagogen _____

6. Anwesenheit der psychosozialen Berufsgruppen auf Station

- 6.1 Psychologen/ Psychotherapeuten _____ h / Woche
- 6.2 Professionelle Seelsorger _____ h / Woche
- 6.3 Atem-/ Musik-/ Kunsttherapeuten _____ h / Woche
- 6.4 Ehrenamtliche _____ h / Woche

7. Welchen Stellenwert schreiben Sie den unterschiedlichen psychosozialen Berufsgruppen auf einer Palliativstation zu?

| | | nicht wichtig | | extrem wichtig | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | -2 | -1 | +1 | +2 |
| 7.1 | Psychologen/ Psychotherapeuten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.2 | Professionelle Seelsorger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.3 | Sozialarbeiter/ -pädagogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.4 | Atem-/ Musik-/ Kunsttherapeuten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.5 | Ehrenamtliche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Welche Aufgaben führen Sozialarbeiter/ -pädagogen aus?

(Mehrfachnennungen möglich)

- A ☐ Sozialanamnese
- B ☐ Psychosoziale Einzelfallberatung
- C ☐ Sozialrechtliche Beratung auf Grundlage der Sozialgesetzbücher
- D ☐ Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen
- E ☐ Organisation von Hilfsmitteln
- F ☐ Unterstützung bei Kontaktaufnahme, Anmeldung und Überleitung in weiter betreuende Einrichtungen (insbesondere Pflegedienste, Hospize etc.)
- G ☐ Beratung bei Fragen zu Erbrecht, Betreuungsrecht, Vorsorgevollmachten
- H ☐ Sorgerechtsregelung für minderjährige Kinder
- I ☐ Hilfestellung bei Anträgen (Antrag auf Schwerbehindertenausweise, Pflegestufe, etc.)
- J ☐ Betreuung von Angehörigen
- K ☐ Dienstleistungen für Trauernde (Information über, Vermittlung von, Aufbau von Unterstützungsangeboten)
- L ☐ Vermittlung zwischen Patienten und Angehörigen
- M ☐ Mediation zwischen Patienten/ Angehörigen und Team
- N ☐ Ansprechpartner im multiprofessionellen Team (Konfliktbearbeitung, Vermittlung, Entlastung, Unterstützung)
- O ☐ Spirituelle Begleitung
- P ☐ Psychologische/ psychotherapeutische Unterstützung
- Q ☐ Koordination ehrenamtlicher Dienste
- R ☐ Öffentlichkeitsarbeit
- S ☐ Sonstiges: _____

9. Welche Aufgaben führen *ausschließlich* Sozialarbeiter/ -pädagogen (keine andere Berufsgruppe) aus? (Mehrfachnennungen möglich)

- A ☐ Sozialanamnese
- B ☐ Psychosoziale Einzelfallberatung
- C ☐ Sozialrechtliche Beratung auf Grundlage der Sozialgesetzbücher
- D ☐ Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen
- E ☐ Organisation von Hilfsmitteln
- F ☐ Unterstützung bei Kontaktaufnahme, Anmeldung und Überleitung in weiter betreuende Einrichtungen (insbesondere Pflegedienste, Hospize etc.)
- G ☐ Beratung bei Fragen zu Erbrecht, Betreuungsrecht, Vorsorgevollmachten
- H ☐ Sorgerechtsregelung für minderjährige Kinder
- I ☐ Hilfestellung bei Anträgen (Antrag auf Schwerbehindertenausweise, Pflegestufe, etc.)
- J ☐ Betreuung von Angehörigen
- K ☐ Dienstleistungen für Trauernde (Information über, Vermittlung von, Aufbau von Unterstützungsangeboten)
- L ☐ Vermittlung zwischen Patienten und Angehörigen
- M ☐ Mediation zwischen Patienten/ Angehörigen und Team
- N ☐ Ansprechpartner im multiprofessionellen Team (Konfliktbearbeitung, Vermittlung, Entlastung, Unterstützung)
- O ☐ Spirituelle Begleitung
- P ☐ Psychologische/ psychotherapeutische Unterstützung
- Q ☐ Koordination ehrenamtlicher Dienste
- R ☐ Öffentlichkeitsarbeit
- S ☐ Sonstiges: _____

10. Angaben zu Ihrer Person (freiwillig)

10.1 Geschlecht:

- ☐ männlich
☐ weiblich

10.2 Alter:

- ☐ 20-29 Jahre ☐ 40-49 Jahre ☐ > 60 Jahre
☐ 30-39 Jahre ☐ 50-59 Jahre

**10.3 Berufserfahrung
insgesamt:**

- ☐ 1-5 Jahre
☐ 6-10 Jahre
☐ > 10 Jahre

**10.4 Berufserfahrung
Palliativmedizin:**

- ☐ 1-5 Jahre
☐ 6-10 Jahre
☐ > 10 Jahre

**10.5 Leitungserfahrung
Palliativstation:**

- ☐ < 1 Jahr
☐ 1- 5 Jahre
☐ 6-10 Jahre
☐ > 10 Jahre

10.6 Facharztbezeichnung: _____

10.7 Haben Sie im Bereich Palliative Care zertifizierte Aus- oder Weiterbildungen absolviert?

- A ☐ Zusatzbezeichnung: „Palliativmedizin“
B ☐ Master of Science in Palliative Care (M. Sc.)
C ☐ Bachelor of Science in Palliative Care (B. Sc.)
D ☐ Diplom in Palliative Care
E ☐ Sonstige: _____

zu guter Letzt:

Gibt es Aspekte, die aus Ihrer Sicht in unserem Fragebogen zu kurz gekommen sind? Möchten Sie uns
gern Feedback geben? Wir freuen uns über Ihre Rückfragen, Anmerkungen und konstruktive Kritik!

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte übersenden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Post mittels beiliegendem adressierten
Rückumschlag oder gern auch per Fax (089 / 7095 - 7929).

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Möckern, 18.01.2011

Unterschrift